



ARTIGO ORIGINAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E RESPOSTA VIROLÓGICA SUSTENTADA DE PACIENTES COM HEPATITE C CRÔNICA EM RESPOSTA AO TRATAMENTO COM OS NOVOS ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA EM DOIS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DO EXTREMO SUL CATARINENSE**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND SUSTAINED VIROLOGICAL RESPONSE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C IN RESPONSE TO TREATMENT WITH THE NEW DIRECT ACTION ANTIVIRALS IN TWO REFERENCE SERVICES OF THE EXTREME SOUTH OF SANTA CATARINA**

Estéfani Molinar¹
Júlia Vefago de Oliveira²
Marina Martins Biff³
Paula Righeto Bez⁴

RESUMO

A hepatite C, causada pelo vírus da hepatite C, acomete aproximadamente 80 a 150 milhões da população mundial e 2 a 3 milhões da população brasileira. Dos pacientes infectados, 60 a 70% irão evoluir para doença hepática crônica, e seu tratamento atual é realizado com os novos antivirais de ação direta de segunda geração (sofosbuvir, simeprevir e daclatasvir). Este estudo objetivou verificar o perfil epidemiológico e a resposta virológica sustentada dos pacientes com hepatite C crônica submetidos a tratamento nas cidades de Criciúma - Santa Catarina e Araranguá - Santa Catarina, no período de outubro de 2015 a fevereiro de 2017. É um estudo observacional, quantitativo com delineamento retrospectivo. A amostra foi composta por 172 prontuários de pacientes portadores do vírus da hepatite C crônica. A análise dos dados foi feita com o auxílio do software IBM *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0 e nível de significância $\alpha = 0,05$. Dos pacientes tratados, 69,2% eram do sexo masculino, 45,9% estavam entre a faixa etária de 51 a 60 anos, 60,5% possuíam genótipo tipo 1, 5,2% eram transplantados hepáticos, 19,2% eram coinfectados pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida, 52,9% realizaram outro tratamento prévio e a resposta virológica sustentada da amostra foi de 94,2%. Dessa forma, o estudo sugere eficácia do tratamento instituído quando comparado a dados nacionais, em vista de sua elevada taxa de resposta virológica sustentada.

Descritores: Hepatite C. Tratamento da hepatite C. Antivirais de ação direta. Resposta virológica sustentada.

¹Médica formada pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. E-mail: estefani.molinar@hotmail.com.

²Médica formada pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. E-mail: juliavefago@gmail.com.

³Médica formada pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. E-mail: marinabiff@unesc.net.

⁴Médica formada pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. E-mail: paulabez_@hotmail.com.



ABSTRACT

Hepatitis C, caused by the hepatitis C virus, affects approximately 80 to 150 million of the world's population and 2 to 3 million of the Brazilian population. Among the infected patients, 60 to 70% will progress to chronic liver disease, and their current treatment is with the new second generation direct acting antivirals (sofosbuvir, simeprevir and daclatasvir). This study aimed to verify the epidemiological profile and sustained virological response of patients with chronic hepatitis C undergoing treatment in the cities of Criciúma - Santa Catarina and Araranguá - Santa Catarina, from October 2015 to February 2017. It is an observational study, quantitative study with a retrospective design. The sample consisted of 172 medical records of patients with chronic hepatitis C virus. Data analysis was performed with the aid of the IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0 and significance level $\alpha = 0.05$. About the patients treated, 69,2% were male, 45,9% were between 51 and 60 years old, 60,5% had type 1 genotype, 5,2% were hepatic transplants, 19,2% were coinfecting with the acquired human immunodeficiency virus, 52,9% had undergone another previous treatment and the sustained virological response of the sample was 94,2%. Therefore, the research performed suggests the effectiveness of the treatment instituted when compared to national data.

Keywords: Hepatitis C. Treatment of hepatitis C. Direct-acting antivirals. Sustained virological response.

INTRODUÇÃO

O vírus da hepatite C (HCV) é um vírus de ácido ribonucleico (RNA) de fita simples, pertencente ao gênero Hepacivirus e família *Flaviviridae*. Sabe-se da existência de 7 genótipos e 67 subtipos até o momento. Sua transmissão ocorre basicamente por três formas: a parenteral, a sexual e, em menor escala, a vertical^(2, 11).

O HCV infecta cerca de 80 a 150 milhões de pessoas em todo o mundo⁽¹⁾. No Brasil, a estimativa é de 2 a 3 milhões, sendo que desses, apenas 10 mil casos são notificados por ano no país, assim como, grande parte dos portadores da doença desconhecem seu diagnóstico, sua forma de aquisição e que existe tratamento para a mesma. Dos infectados, 60 a 70% irão evoluir para doença hepática crônica, dos quais 20% poderão desenvolver cirrose em 20 anos e, destes, 1 a 4% progredir para carcinoma hepatocelular⁽²⁻⁴⁾. Quando instituído, o tratamento tem como principal objetivo erradicar o vírus do organismo, afim de que se aumente a qualidade e a expectativa de vida do paciente, reduzindo-se o número de complicações e de transmissão do HCV⁽²⁾.

Atualmente, as medicações aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil são os novos Antivirais de Ação Direta (DAAs) de segunda geração, que agem diretamente no HCV interrompendo sua replicação. São eles o sofosbuvir, um análogo nucleotídico inibidor da polimerase NS5B do HCV, o simeprevir, um inibidor de protease de segunda geração, e o daclatasvir, um inibidor da proteína não estrutural NS5A. Essas medicações vieram a substituir os DAAs de primeira geração – boceprevir e telaprevir – após estudos quanto à segurança, custo e eficácia dos mesmos^(2,5).



Após a instituição da terapia antiviral, considera-se que o vírus foi erradicado quando o HCV-RNA torna-se indetectável por volta da 12ª ou 24ª semana após o término do tratamento. Essa situação é conhecida como Resposta Viroológica Sustentada (RVS) e corresponde a 90 a 95% dos casos tratados no território brasileiro^(2, 5, 12).

Sendo assim, o enfoque do presente estudo foi analisar o desfecho do tratamento da hepatite C em pacientes tratados com os novos DAAs de segunda geração em dois serviços de referência do extremo sul catarinense, dando considerável importância à eficácia dos fármacos, ao perfil epidemiológico e a evolução dos pacientes.

MÉTODOS

POPULAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo observacional de delineamento retrospectivo e abordagem quantitativa, com 180 prontuários de pacientes portadores de hepatite C, atendidos no Programa de Hepatites Virais de Criciúma/SC e na Unidade Básica de Saúde Bom Pastor de Araranguá/SC, no período de outubro de 2015 a fevereiro de 2017. Foram excluídos 3 prontuários de pacientes que interromperam o tratamento antes do término do mesmo, de 2 pacientes que vieram a óbito durante o tratamento e de 3 pacientes com prontuários incompletos em relação ao questionário aplicado, resultando em 172 pacientes na amostra final, sendo que desses, 137 eram de Criciúma e 35 de Araranguá. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (parecer nº 1.870.273).

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram coletados retrospectivamente dados dos prontuários de todos os pacientes portadores do HCV submetidos ao tratamento com os DAAs e que concluíram o mesmo, no período de 25 de outubro de 2015 a fevereiro de 2017. A coleta ocorreu nas cidades de Criciúma (no Programa de Hepatites Virais) e Araranguá (na Unidade Básica de Saúde Bom Pastor), em Santa Catarina.

As variáveis coletadas, por meio de um questionário padronizado, foram: o nº do cartão do SUS, idade, gênero, genótipo viral, realização de biópsia antes do tratamento, carga viral antes e após o tratamento, transplante hepático prévio, vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) positivo, e tratamento anterior. Os dados foram registrados em planilhas digitais para posterior análise.



ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi elaborado em planilhas do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0.

Foram avaliadas as variáveis quantitativas por meio de média e desvio padrão e as variáveis qualitativas por meio de frequências e porcentagens.

Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância α de 0,05 (5%) e um intervalo de confiança de 95%. A investigação da distribuição das variáveis quantitativas quanto à normalidade foi realizada por meio da aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*. A comparação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio dos testes exato de Fisher e razão de verossimilhança. Já a comparação entre as médias das variáveis quantitativas foi realizada por meio da aplicação do teste U de *Mann-Whitney*.

RESULTADOS

Quanto ao perfil epidemiológico, a faixa etária predominante foi de 51-60 anos (45,9%; n=79) com prevalência do sexo masculino (69,2%; n=119). Em relação aos genótipos, o tipo 1 prevaleceu sob os demais, compondo 60,5% (n=104) da amostra e, de modo respectivo, o tipo 3 foi de 34,3% (n=59) e o tipo 2 foi de apenas 5,2% (n=9) (tabela 1).

A respeito dos exames, 54,6% (n=94) realizaram biópsia hepática no momento do diagnóstico, e 89% (n=153) realizaram ou a biópsia hepática ou a elastografia. Apenas 11% (n=19) iniciaram o tratamento sem exame prévio e, desses, 31,6% (n=6) eram coinfectados pelo HIV e 26,3% (n=5) eram transplantados hepáticos. Dos pacientes que realizaram biópsia hepática, o grau de fibrose mais encontrado foi o F3 (36,2%; n=34), enquanto dos que realizaram elastografia, o F4 foi o mais prevalente (64,4%; n=38). Após a realização do cálculo de grau de fibrose da biópsia e elastografia em conjunto, encontrou-se mais o F4 (40,5%; n=62), e em segundo lugar o F3 (34,7; n=53).

No que diz respeito a taxa de pacientes transplantados hepáticos, apenas 9 pacientes (5,2%) já haviam sido transplantados previamente ao início do tratamento. Quanto à situação de co-infecção HIV/HCV, a minoria (19,2%; n=33) da amostra era HIV positiva. Sobre tratamentos prévios a este instituído, 52,9% (n=91) já haviam sido submetidos a outros tratamentos sem que o clareamento viral fosse obtido, enquanto 47,1% (n=81) estavam sendo submetidos a tratamento inicial. Daqueles, 94,5% (n=86) alcançaram RVS, enquanto apenas 5,5% (n=5) não atingiram. Em relação a RVS da amostra total, a grande maioria (94,2%; n=162) dos pacientes atingiram cargas virais indetectáveis após o tratamento instituído com os DAAs de segunda geração (tabela 2).



Na análise de dados dos cruzamentos das cargas virais após 12 semanas de tratamento com as demais variáveis, revelou-se que dos pacientes que atingiram RVS (94,2%; n=162), 67,9% (n=110) eram do sexo masculino, enquanto 32,1% (n=52) eram do sexo feminino; 45,1% (n=73) estavam entre a faixa etária de 51 a 60 anos; 61,7% (n=100) eram do genótipo tipo 1, 4,3% (n=7) do tipo 2 e 34% (n=55) do tipo 3; 80,9% (n=131) não eram coinfectados pelo HIV, enquanto 19,1% (n=31) eram HIV positivos; 94,4% (n=53) não eram transplantados hepáticos e 5,6% (n=9) eram transplantados; 53,1% (n=86) já haviam realizado outro tratamento anterior, ao passo que 46,9% (n=76) estavam sendo tratados pela primeira vez. Em contrapartida, dos pacientes que não alcançaram a RVS (5,8%; n=10), 90% (n=9) eram do sexo masculino e 10% (n=1) eram do sexo feminino; 60% (n=6) estavam entre a faixa etária de 51 a 60 anos; 40% (n=4) eram do genótipo tipo 1, 20% (n=2) do tipo 2 e 40% (n=4) do tipo 3; 80% (n=8) não eram coinfectados pelo HIV, enquanto 20% (n=2) eram HIV positivos; 100% (n=10) não eram transplantados hepáticos; 50% (n=5) já haviam realizado tratamento anterior. Em relação ao grau de fibrose dos pacientes que não alcançaram a RVS, 36,7% (n=33) apresentou METAVIR F3 na biópsia, enquanto 63,2% (n=36) evidenciou grau de fibrose compatível com F4 (METAVIR) na elastografia (tabela 3).

Ao analisar-se a RVS dos gêneros: o sexo masculino apresentou RVS de 92,4% (n=110), enquanto o sexo feminino apresentou RVS de 98,1% (n=52). Quanto à faixa etária: pessoas de 21 a 30 anos tiveram RVS de 100% (n=2); 31 a 40 anos, RVS de 92,3% (n=12); 41 a 50 anos, RVS de 94,4% (n=34); 51 a 60 anos, RVS de 92,4% (n=73); 61 a 70 anos, RVS de 100% (n=33); 71 a 80 anos, RVS de 88,9% (n=8). Em relação aos genótipos: a RVS do genótipo tipo 1 foi de 96,2% (n=100), do genótipo 2 foi de 77,8% (n=7) e do genótipo 3 foi de 93,2% (n=55). A RVS dos pacientes HIV positivos foi de 93,9% (n=31). Sobre os pacientes transplantados hepáticos, a RVS foi de 100% (n=9). A respeito dos pacientes que já haviam sido tratados previamente, a RVS foi de 94,5% (n=86). E, por fim, acerca do grau de fibrose total – biópsia e elastografia –, a RVS do F1 foi de 100% (n=8), do F2 foi de 96,7% (n=29), do F3 foi de 98,1% (n=52) e do F4 foi de 93,5% (n=58) (tabela 4).

DISCUSSÃO

Os dados epidemiológicos da população estudada revelaram maior prevalência de indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 51 a 60 anos, com genótipo tipo 1. O gênero, a faixa etária e o genótipo foram concordantes com a base de dados nacional^(2,6). Diante do exposto, faz-se importante lembrar que uma, dentre tantas, explicações para a ocorrência da doença em indivíduos com mais de 40 anos de idade advém do fato de o diagnóstico de HCV em bancos de sangue no Brasil ter sido instituído a partir de 1993 – marco relevante na prevenção de transmissão parenteral do HCV⁽²⁾.



Entre as indicações de tratamento para a hepatite C, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde até o ano de 2017, constava a evidência de doença hepática moderada a avançada comprovada por biópsia ou elastografia hepática. Este estudo demonstrou que 45,4% da amostra não realizou biópsia prévia ao tratamento, e dos 54,6% que realizaram o exame previamente, o grau de fibrose mais prevalente, segundo a classificação METAVIR, foi o F3. No entanto, ressalva-se que, a partir do novo Protocolo do Ministério da Saúde de 2018, tal dado não se faz mais imprescindível frente as novas indicações de tratamento, visto que todos os pacientes infectados pelo vírus possuem indicação para o mesmo. Exceções a isso são os pacientes menores de três anos de idade; oncológicos com expectativa de vida menor de um ano ou cirróticos Child-Pugh B ou C; pacientes com cirrose descompensada e com indicação de transplante hepático; hepatopatas com expectativa de vida menor de um ano ou com outras comorbidades associadas e pacientes com hipersensibilidade aos medicamentos disponíveis (2,12).

A hepatite C é uma das principais causas de transplante de fígado do mundo⁽²⁾. A prevalência de transplantados hepáticos deste estudo (5,2%) ficou pouco abaixo da atual taxa brasileira, que é de 7,4%, segundo dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) até junho de 2017⁽⁸⁾. Esses pacientes são tratados de acordo com seu genótipo específico e independem do grau de fibrose hepática para a instituição da terapia⁽²⁾. No presente estudo, após realizar-se a contagem de carga viral 12 semanas depois do término do tratamento, observou-se RVS de 100% nos transplantados.

Os pacientes HIV positivos deste estudo corresponderam a 19,2% e a explicação deve-se a via de transmissão concordante de ambos os vírus, principalmente através de drogas injetáveis com sangue infectado⁽⁹⁾. Tal número é superior aos dados brasileiros (9%), porém como revelam os dados nacionais, a região sul do país está entre as maiores taxas de coinfeção⁽²⁾. Para esses pacientes, indica-se tratamento com adaptação para dose e antirretroviral, e observa-se RVS semelhante aos pacientes não HIV^(2,10).

O principal objetivo do tratamento é atingir a RVS, que no presente estudo apresentou taxa de 94,2% (n=162), dado que se aproxima das taxas de vida real e de ensaios clínicos brasileiros, 90 e 95%, respectivamente, publicados no Jornal Brasileiro de Doenças Infecciosas de 2016^(2,5). Portanto apenas 5,8% (n=10) da população estudada apresentou falha terapêutica e necessitará de novo tratamento. Comparativamente, números semelhantes foram descritos em um ensaio clínico realizado com 152 pacientes, que observou a RVS de pacientes que já haviam feito tratamento prévio, entre outras análises⁽¹¹⁾.



As limitações mais proeminentes para este estudo foram a falta de dados nos prontuários e o curto período de tempo analisado, o que resultou em um pequeno número de pacientes avaliados. Os resultados do estudo poderiam ter sido mais conclusivos se a análise tivesse sido realizada por um tempo mais prolongado, o que permitiria explorar uma amostra maior.

Diante do expressivo número de pessoas infectadas pelo HCV e em face de o tratamento com os novos DAAs de segunda geração ter sugerido elevada eficácia, tanto nesse estudo quanto em estudos nacionais, faz-se imprescindível a identificação e o diagnóstico precoce desses pacientes para que a terapêutica adequada seja instituída. Tal menção não suprime o valor da prevenção da doença, uma vez que desta forma, não ocorrerá a morbidade decorrente da infecção, tampouco a transmissão viral da mesma. Na ausência de uma vacina contra a hepatite C, sua prevenção deve ser feita por meio de campanhas de saúde, afim de que a população se conscientize sobre sua prevalência, seus sintomas, suas vias de transmissão e sobre a eficácia do tratamento existente.

REFERÊNCIAS

1. Petruzzello A, Marigliano S, Loquercio G, Cozzolino A, Cacciapuoti C. Petruzzello, A. Global Epidemiology of Hepatitis C Virus Infection: Na up-Date of the Distribution and Circulation of Hepatitis C Virus Genotypes. 2016 Sep 14; 22(34): 7824-7840.
2. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Sociedade Brasileira de Hepatologia. Consenso sobre Hepatite C Crônica da Sociedade Brasileira de Hepatologia. Brasil: Sociedade Brasileira de Hepatologia; 2014.
4. Charlton, M. Hepatitis C Infection in Liver Transplantation. *Am J Transplant*. 2001 Sep; 1:197-203, 2001.
5. Sociedade Brasileira de Hepatologia e Sociedade Brasileira de Infectologia. Recomendações das Sociedades Brasileiras de Hepatologia (SBH) e Infectologia (SBI) para o tratamento da hepatite C no Brasil com novos medicamentos antivirais de ação direta (DAAs). *Braz J Infect Dis*. 2016; 20: 7-13.
6. Campiotto S, Pinho JR, Carrilho FJ, Da Silva LC, Souto FJ, Spinelli V, et al. Geographic distribution of hepatitis C virus genotypes in Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 2005 Jan; 38: 41-49.
7. Peltekian KM, Bain VG, Lee SS, Sherman M, Cooper CL, Yoshida EM, et al. Is pre-treatment liver biopsy necessary for all hepatitis C genotypes? *Ann Hepatol*. 2011 July-Sep; 10: 1-10.
8. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos; 2017.



9. Alter MJ. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. *J Hepatol.* 2006 Nov 21; 44(1 Suppl): S6-S9.
10. Webster DP, Klenerman P, Dusheiko GM. Hepatitis C. *Lancet.* 2015 Mar 21; 385(9973): 1124-1135.
11. Nelson DR, Cooper JN, Lalezari JP, Lawitz E, Pockros PJ, Gitlin N, et al. All-Oral 12-Week Treatment With Daclatasvir Plus Sofosbuvir in Patients With Hepatitis C Virus Genotype 3 Infection: ALLY-3 Phase III Study. *Hepatology.* 2015 Apr; 61(4): 1127–1135.
12. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra pesquisada (parte I)

Variáveis	n(%)
	n=172
Gênero	
Masculino	119 (69,2)
Feminino	53 (30,8)
Faixa etária (anos)	
21-30	2 (1,2)
31-40	13 (7,6)
41-50	36 (20,9)
51-60	79 (45,9)
61-70	33 (19,2)
71-80	9(5,2)
Genótipo	
Tipo 1	104 (60,5)
Tipo 2	9 (5,2)
Tipo 3	59 (34,3)

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Tabela 2 - Caracterização da amostra pesquisada (parte II)

Variáveis	n(%)
	n=172
Biópsia hepática	
Não	78 (45,4)
Sim	94 (54,6)
continua	

**Biópsia hepática ou Elastografia**

Não	19 (11,0)
Sim	153 (89,0)

METAVIR na Biópsia (n=94)**METAVIR na Biópsia (n=94)**

F1	7 (7,4)
F2	29 (30,9)
F3	34 (36,2)
F4	24 (25,5)

Grau de fibrose na Elastografia (n=59)

F1	1 (1,7)
F2	1 (1,7)
F3	19 (32,2)
F4	38 (64,4)

Grau de fibrose total (n=153)

F1	8 (5,2)
F2	30 (19,6)
F3	53 (34,7)
F4	62 (40,5)

Paciente transplantado hepático

Não	163 (94,8)
Sim	9 (5,2)

HIV positivo

Não	139 (80,8)
Sim	33 (19,2)

Carga viral prévia ao tratamento (UI/ml)

<400 000	56 (32,6)
400 000 a 800 000	23 (13,4)
>800 000	93 (54,1)

Carga viral 12 semanas após o tratamento

Não detectável	162 (94,2)
Detectável	10 (5,8)

Realizou tratamento anterior

Não	81 (47,1)
Sim	91 (52,9)

Fonte: Dados da pesquisa (2017).



Tabela 3 - Correlação entre o perfil epidemiológico e a resposta virológica sustentada
(parte I)

	Carga viral após tratamento, n(%)		Valor-p
	Detectável n=10	Não detectável n=162	
Sexo			
Feminino	1 (10,0)	52 (32,1)	0,178**
Masculino	9 (90,0)	110 (67,9)	
Idade (anos)^a	54,80 ± 11,40	54,50 ± 9,84	0,961*
Faixa etária (anos)			
21-30	0 (0,0)	2 (1,2)	0,408***
31-40	1 (10,0)	12 (7,4)	
41-50	2 (20,0)	34 (21,0)	
51-60	6 (60,0)	73 (45,1)	
61-70	0 (0,0)	33 (20,4)	
71-80	1 (10,0)	8 (4,9)	
Genótipo			
Tipo 1	4 (40,0)	100 (61,7)	0,165***
Tipo 2	2 (20,0)	7 (4,3)	
Tipo 3	4 (40,0)	55 (34,0)	
HIV positivo			
Não	8 (80,0)	131 (80,9)	0,999**
Sim	2 (20,0)	31 (19,1)	
Paciente transplantado hepático			
Não	10 (100,0)	153 (94,4)	0,999*
Sim	0 (0,0)	9 (5,6)	
Realizou tratamento anterior			
Não	5 (50,0)	76 (46,9)	0,999**
Sim	5 (50,0)	86 (53,1)	
METAVIR na Biópsia (n=94)			
F1	0(0,0)	7 (7,8)	0,661*
F2	1 (25,0)	28 (31,1)	
F3	1 (24,0)	33 (36,7)	
F4	2 (50,0)	22 (24,4)	
Grau de fibrose na Elastografia (n=59)			
F1	0 (0,0)	1 (1,8)	0,615*
F2	0 (0,0)	1 (1,8)	
F3	0 (0,0)	19 (33,3)	
F4	2 (100,0)	36 (63,2)	



Fonte: Dados da pesquisa (2017).

^aMédia \pm Desvio Padrão.

*Valor obtido após aplicação do teste U de Mann-Whitney.

**Valor obtido após aplicação do teste exato de Fisher.

***Valor obtido após aplicação do teste de razão de verossimilhança.

Tabela 04 - Correlação entre o perfil epidemiológico e a resposta virológica sustentada

(parte II)

Variáveis	Carga viral após tratamento, (n%)		Valor-p
	Detectável n=10	Não detectável n=162	
Gênero			
Masculino	9 (7,6)	110 (92,4)	0,178*
Feminino	1 (1,9)	52 (98,1)	
Idade (anos)^a	54,80 \pm 11,40	54,50 \pm 9,84	0,961**
Faixa etária (anos)			
21-30	0 (0,0)	2 (100,0)	0,408***
31-40	1 (7,7)	12 (92,3)	
41-50	2 (5,6)	34 (94,4)	
51-60	6 (7,6)	73 (92,4)	
61-70	0 (0,0)	33 (100,0)	
71-80	1 (11,1)	8 (88,9)	
Genótipo			
Tipo 1	4 (3,8)	100 (96,2)	0,165***
Tipo 2	2 (22,2)	7 (77,8)	
Tipo 3	4 (6,8)	55 (93,2)	
HIV positivo			
Não	8 (5,8)	131 (94,2)	0,999*
Sim	2 (6,1)	31 (93,9)	
Paciente transplantado hepático			
Não	10 (6,1)	153 (93,9)	0,999*
Sim	0 (0,0)	9 (100,0)	
Realizou tratamento anterior			
Não	5 (6,2)	76 (93,8)	0,999*
Sim	5 (5,5)	86 (94,5)	
Grau de fibrose total (n=153)			
F1	0 (0,0)	8 (100,0)	0,518***
F2	1 (3,3)	29 (96,7)	

continua



Grau de fibrose total (n=153)

F3	1 (1,9)	52 (98,1)
F4	4 (6,5)	58 (93,5)

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

^aMédia ± Desvio Padrão.

*Valor obtido após aplicação do teste exato de Fisher.

**Valor obtido após aplicação do teste U de Mann-Whitney.

***Valor obtido após aplicação do teste de razão verossimilhança.